



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

CARTA DE PRESENTACIÓN “AFILIADO EN TRANSITO”



PROVINCIA:	
CONSTE QUE:	
DOMICILIO:	

Es afiliado titular al I.A.P.O.S. y por tal motivo autorizado a hacer uso de los servicios médicos asistenciales de acuerdo a CONVENIOS DE RECIPROCIDAD en vigencia, haciéndose extensivo el beneficio a:

APELLIDO Y NOMBRE **TIPO** **N.º PNI**

APELLIDO Y NOMBRE **TIPO** **N.º DNI**

TIPO N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE **TIPO** **N.º DNI**

TIPO N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE **TIPO** **N.º DNI**

TIPO N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE **TIPO** **N.º DNI**

TIPO N.º DNI

Se deja expresa constancia que I.A.P.O.S. tomará a su cargo los gastos originados en la presentación que se demande, de conformidad a los aranceles convenidos y vigentes a la fecha de realización de las prácticas, siempre y cuando la atención se realice por motivo de URGENCIA. Se considera urgencia médica a aquella situación en la que por motivos debidamente acreditados por profesional interviniente, se torne imprescindible su asistencia médica inmediata.

Se extiende la presente en: _____ en la fecha de _____

con validez desde

--	--	--

 hasta

--	--	--

 no mayor a 30 días, para ser presentada ante la Obra Social Provincial y/o Delegaciones, donde se informará del trámite a seguir a fin de recibir los servicios que necesite.

NOTA: AFILIADO EN TRANSITO: Es aquel que circunstancialmente se encuentre en jurisdicción de la Obra Social signataria que no fuera la de origen, y solicite servicios de urgencia

CONFORMIDAD DEL AFILIADO

Firma y Aclaración

CONVENIOS DE RECIPROCIDAD IAPOS